

CUESTIONARIO DE NUTRICIÓN PARA MUJERES AMAMANTANDO/DESPUÉS DEL PARTO

Nombre: _____	Edad: _____
---------------	-------------

Favor de circular o escribir sus respuestas a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuándo es su siguiente cita con el doctor? _____
¿Su doctor le habló acerca de la planificación familiar o el control de nacimiento? *Sí* *No*
2. ¿Cómo le va cuando amamanta a su bebé?
(mal) 1.....2.....3.....4.....5 (muy bien)
3. **¿Cuáles de estos productos toma?** *Vitaminas prenatales* *Pastillas con hierro* *Hierbas* *Laxantes*
Otros vitaminas/minerales *Medicamentos sin prescripción médica (Tylenol, Aspirina, etc.)*
Ninguno *Otros medicamentos* _____ *Remedios caseros (apunte)* _____
4. ¿Cómo se siente ahora acerca de su peso? *No suficiente* *Está bien* *Demasiado*

5. **¿Cuántas veces al día come?** _____ *Comidas* _____ *Bocadillos*
6. ¿Cuántas veces a la semana come comidas rápidas o de restaurante?
Nunca *1 a 2 veces* *3 a 4 veces* *5 o más veces*
7. **¿Está en alguna dieta especial?** *Sí* *No* *Si sí, explique* _____
8. **¿Hay algunos alimentos que limita, evita o no come?** *Sí* *No* *Si sí, apunte* _____

9. **¿Qué es lo que come y toma en la mayoría de los días?**
 - ◆ *Agua* *Café* *Té* *Soda regular* *Soda de dieta* *Gatorade*
 - ◆ *Jugo* *Kool Aid* *Alcohol* *Cerveza* *Vino*
 - ◆ *Frutas* *Verduras*
 - ◆ *Leche (Descremada/Baja en grasa/Entera)* *Queso* *Yogurt* *Requesón* *Pudín/Flan*
 - ◆ *Carne* *Pollo* *Pavo* *Pescado* *Hotdogs* *Frijoles/Lentejas* *Crema de cacahuate* *Huevos* *Nueces*
 - ◆ *Pan* *Cereales* *Tortillas* *Arroz* *Pasta* *Bolillos* *Galletas saladas* *Pan Dulce*
 - ◆ *Dulces* *Galletas* *Pasteles* *Donas* *Helados* *Tostaditas* *Papas fritas*
 - ◆ *Otros (apunte)* _____

10. ¿Cuáles palabras describen su estado de ánimo?
Muy contenta *Está bien* *Cansada* *Deprimida* *Triste* *Tensa* *Enojada* *Otra* _____
11. ¿Cuáles actividades físicas hace en la mayoría de los días? *Caminar* *Correr* *Bailar*
Deportes *Andar en bicicleta* *Nadar* *Clase de ejercicio/gimnasio* *Cultivar un jardín*
Ninguna *Otra (apunte)* _____
12. **¿Alguna vez se ha quedado sin dinero o sin estampillas de comida para comprar alimentos?** *Sí* *No*
13. ¿Qué preguntas tiene hoy sobre la nutrición y la salud? _____

For Staff Use Only (Para el uso del empleado de WIC)

Date: _____ WIC Staff Name: _____

Participant WIC ID#: _____ Height: _____ Weight: _____